



Der Einfluss des Einkommens auf die Gesundheit

Verena Lichtenberger

Einkommensarmut geht mit erheblichen Nachteilen und Belastungen in den verschiedensten Lebensbereichen einher. Neben dem Zugang zu Bedarfs- und Gebrauchsgütern sind auch die Möglichkeiten der sozialen Teilhabe und der sozialen Integration eingeschränkt.¹ Bislang vorhandene Studien kommen zu dem Ergebnis, dass ein Leben in Armut und daraus resultierende soziokulturelle und materielle Nachteile einen negativen Einfluss auf das Wohlbefinden der Betroffenen haben. Die vorliegende Analyse der Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP)² zeigt, dass bereits bei einer Armutsgefährdungsschwelle von 70 % des Medianeinkommens sowohl für Deutschland als auch für Süddeutschland deutliche Einschränkungen im Bereich der subjektiv bewerteten Gesundheit festzustellen sind. Auf Bundesebene zeigen sich einkommensbezogene Unterschiede in der Gesundheit vor allem im mittleren Erwachsenenalter. In der einkommensschwachen Gruppe ist die Chance einer beeinträchtigten Gesundheit bis zu drei Mal höher als in der Referenzgruppe (siehe i-Punkt „Die Analyseverfahren“).

Erklärungsansätze zum Zusammenhang von Einkommen und Gesundheit

Sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit werden auf verschiedene Faktoren zurückgeführt. Einen Wirkungskanal, über den die Gesundheit beeinflusst wird, bilden die materiellen Lebensbedingungen. In diesem Zusammenhang werden häufig die Ernährungs- und Wohnbedingungen angeführt. Hinsichtlich der Ernährung herrscht allerdings Uneinigkeit darüber, inwiefern die Ernährungsweise den materiellen Lebensbedingungen zuzuordnen ist. Während *Feinstein*³ davon ausgeht, dass eine gesunde Ernährung mit vergleichsweise wenig finanziellen Mitteln zu erzielen ist, betonen andere⁴ die materiellen Restriktionen einer gesunden Ernährung in der unteren Einkommensgruppe.

Eine weitere Begründung der einkommensbezogenen Unterschiede in der Gesundheit bezieht sich auf gesundheitsriskantes Verhalten wie Alkohol- und Nikotinkonsum in den unteren

Einkommensgruppen. In diesem Kontext wird häufig das Bildungsniveau, welches stark mit dem Einkommen korreliert, als erklärende Variable herangezogen. Allerdings lassen die Ergebnisse diverser Studien keine eindeutigen Schlussfolgerungen zu. Zwar wird bei hohem Einkommen eher von gesundheitsschädigendem Verhalten abgesehen, psychischer und physischer Stress können jedoch auch dazu führen, dass der Konsum von Tabak- oder Alkohol entsprechend höher ausfällt.⁵

Ferner wird auf die Verfügbarkeit, die Nutzung und die Qualität ärztlicher Versorgungs- und Versorgungsleistungen hingewiesen. Es wird davon ausgegangen, dass höhere Einkommenschichten über bessere Versicherungen verfügen sowie zusätzliche ärztliche Leistungen nutzen und die Inanspruchnahme medizinischer Angebote gezielter erfolgt als in der unteren Einkommensgruppe. Dieser Ansatz ist allerdings umstritten. So weisen *Richter* und *Hurrelmann* darauf hin, dass „... Zugang und Qualität von Versorgungsleistungen – auch wenn sie wichtig für die Behandlung von Krankheiten sind – zunächst wenig Einfluss auf Neuerkrankungen haben, wo sich ähnliche Ungleichheiten zeigen“.⁶

Einkommensbezogene Gesundheitsunterschiede werden häufig auch auf ungesunde Arbeitsbedingungen⁷ zurückgeführt. So ist es die einkommensschwache Gruppe, die häufiger von schlechten Arbeitsbedingungen, wie körperliche Schwerarbeit, monotone Arbeitsabläufe, Nacht- und Schichtarbeit, Arbeitsplatzunsicherheit und Umgang mit krankheitserregenden Stoffen, betroffen ist.

In Baden-Württemberg wird die eigene Gesundheit besser eingeschätzt als auf Bundesebene

Auf Bundesebene beurteilen 46 % der 18-jährigen und älteren Bevölkerung ihre eigene Gesundheit als gut oder sehr gut, 34 % als zufriedenstellend und 20 % als weniger gut oder schlecht. In Baden-Württemberg wird die Gesundheit tendenziell besser eingeschätzt. 51 % der baden-württembergischen Bevölkerung



Verena Lichtenberger ist Referentin im Referat „Sozialwissenschaftliche Analysen, Familienforschung Baden-Württemberg“ des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg.

¹ Lampert, Thomas/Kroll, Lars Eric (2005): Einfluss der Einkommensposition auf die Gesundheit und Lebenserwartung. Discussion Papers, DIW Berlin.

² Informationen zum SOEP: Wagner, Bert G. et al. (2007): The German Socio-Economic Panel Study (SOEP) – scope, evolution and enhancements, in: Schmollers Jahrbuch, 127(1), S. 139–169 und auf www.diw.de/soep.

³ Feinstein, Jonathan (1993): The Relationship between Socioeconomic Status and Health: A Review of the Literature, *The Milbank Quarterly* 71, S. 279–322.

⁴ Hummer, Robert A./Rogers, Richard G./Eberstein, Isaac W. (1998): Sociodemographic Differentials in Adult Mortality: A Review of Analytic Approaches, *Population and Development Review* 2, S. 553–578.

⁵ Ettner, Susan (1996): New Evidence on the Relationship between Income and Health, *Journal of Health Economics* 15, S. 67–85.

⁶ Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.) (2006): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, Gesundheitliche Ungleichheiten; Ausgangspunkte und Herausforderungen*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden, S. 11–31.

befinden ihre eigene Gesundheit als gut oder sehr gut, 31 % als zufriedenstellend und 18 % als weniger gut oder schlecht.

Einkommensgruppen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Sicht auf die Gesundheit

Schaubild 1 zeigt für Deutschland, inwieweit die subjektive Einschätzung der Gesundheit – differenziert nach Alter – von der Einkommensposition abhängt. Zur Abgrenzung der Armutgefährdung wird der Schwellenwert bei 70 % des Medianeinkommens angesetzt. Der Anteil derjenigen, die ihre Gesundheit als weniger gut oder schlecht beurteilen, ist über alle Altersgruppen hinweg in der einkommensschwachen Gruppe deutlich größer. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen sind die Gesundheitsunterschiede nach Einkommen in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen am stärksten ausgeprägt. So beurteilen 36 % der Männer aus der einkommensschwachen Gruppe ihre Gesundheit als weniger gut oder schlecht, während nur 19 % der gleichaltrigen Männer mit darüber liegendem Einkommen ihre Gesundheit negativ einschätzen. Im höheren Alter tritt der Unterschied in abgeschwächter Form zutage.

Möglicherweise liegt dies im Prozess des „selektiven Überlebens“ begründet. Da die vorzeitige Sterblichkeit in benachteiligten Bevölkerungsgruppen stärker ausgeprägt ist und vor allem kranke Personen betrifft, stellen sozial Benachteiligte, die ein höheres Alter erreicht haben, vermutlich eine gesundheitlich besser gestellte (stärker positiv selektierte) Gruppe dar. In diesem Zusammenhang wird sogar

eine Umkehr der Ungleichheit im Krankheitsgeschehen für möglich gehalten.⁸ Beachtet werden muss auch, dass in die Analyse lediglich Privathaushalte mit aufgenommen wurden und keine zum Beispiel in Alten- oder Pflegeheimen lebende Personen. Auch hier kann davon ausgegangen werden, dass tendenziell die Gesünderen im fortgeschrittenen Alter im privaten Haushalt wohnen bleiben.⁹

Für Süddeutschland (hier Bayern und Baden-Württemberg zusammen) lassen sich bezogen auf die Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen nahezu die gleichen einkommensspezifischen Anteile feststellen. Während sich jedoch bei den 65-jährigen und älteren Frauen die einkommensspezifischen Verteilungen in der Gesundheit tendenziell anzugleichen scheinen, bleibt der Unterschied bei Männern in der gleichen Altersgruppe weitgehend erhalten. Aus der unteren Einkommensgruppe beurteilen 41 % der Männer ihre Gesundheit als weniger gut oder schlecht, während diese Aussage in der Referenzgruppe nur bei 26 % zutrifft. Bei Frauen hingegen lässt sich in der oberen Altersgruppe nur ein Unterschied von 3 Prozentpunkten verzeichnen (37 % in der einkommensschwachen Gruppe gegenüber 34 % in der Referenzkategorie).

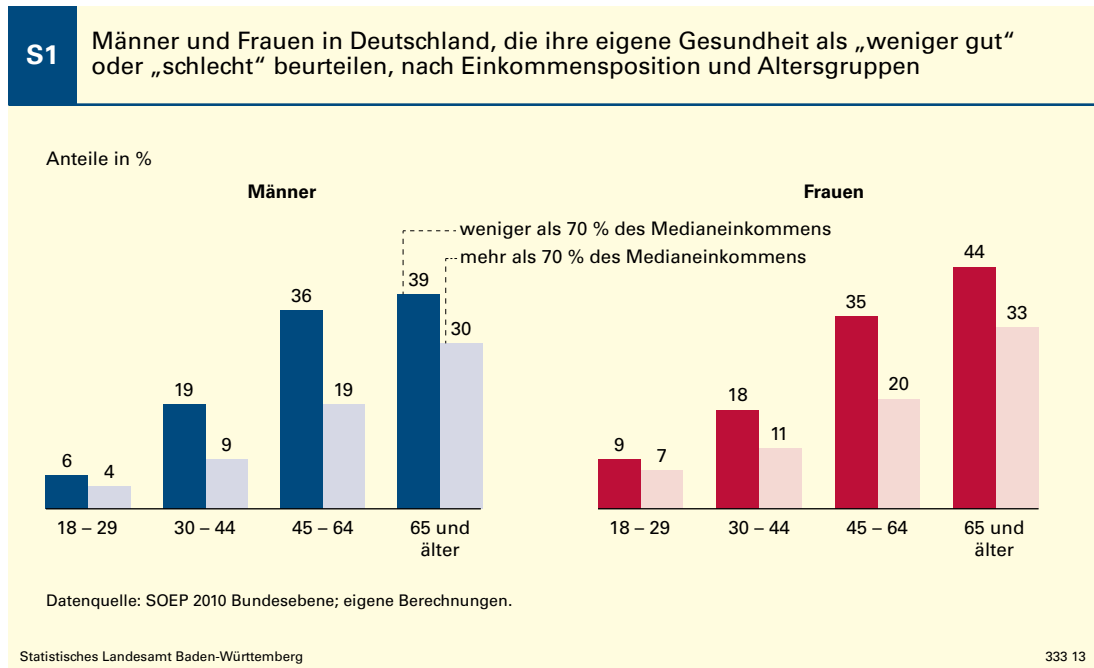
Kein eindeutiger Einfluss auf das Vorhandensein von chronischen Krankheiten im Süden...

Schaubild 2 zeigt das Vorhandensein von chronischen Krankheiten. Wie in der Selbsteinschätzung der Gesundheit, so zeichnet sich

7 Oppolzer, A. (1994): Die Arbeitswelt als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit, in: Mielck/Andreas (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit: Ergebnisse der sozialegpidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen: Leske und Budrich, S. 125–166.

8 Huisman, Martin (2008): Gesundheitliche Ungleichheit im hohen Lebensalter, in: Bauer, Ullrich/Bittlingmayer, Uwe W. / Richter, Matthias (Hrsg.): Health Inequalities : Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 259–381.

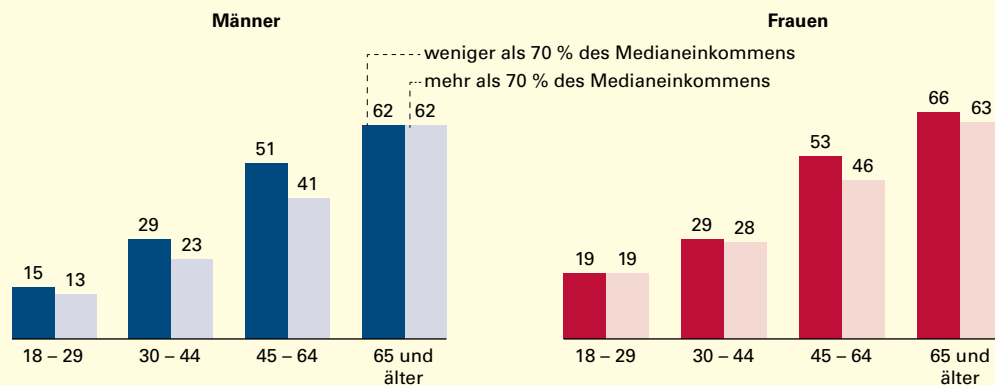
9 Auch weitere Wirkungszusammenhänge sind möglich. Siehe hierzu: Lampert, Thomas (2009): Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter, in: Böhm, Karin/Tesch-Römer, Clemens/Ziese, Thomas (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin.



S2

Männer und Frauen in Deutschland mit chronischen Krankheiten seit einem Jahr nach Einkommensposition und Altersgruppen

Anteile in %



Datenquelle: SOEP 2010 Bundesebene; eigene Berechnungen.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

334 13

auf Bundesebene ein Unterschied ab mit einem höheren Vorkommen von chronischen Krankheiten in der unteren Einkommensgruppe. Auch hier treten die Unterschiede vor allem im mittleren Lebensalter auf, während sich die gesundheitsbezogenen einkommensbedingten Verteilungen mit fortschreitendem Alter angleichen.

Erstaunlicherweise zeigt sich für Süddeutschland ein anderes Bild. Ein höheres Vorkommen (Prävalenz) von chronischen Krankheiten in der unteren Einkommensgruppe kann nur für das mittlere Erwachsenenalter festgestellt werden, während in den weiteren Altersgruppen die höhere Einkommensgruppe vermehrt ein Vorkommen von chronischen Krankheiten angibt. Dies ist in ausgeprägter Form bei den Frauen feststellbar. Sowohl in der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen (15 % bei der unteren gegenüber 25 % bei der oberen Einkommensgruppe) als auch in der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren (54 % bei der unteren im Vergleich zu 63 % bei der oberen Einkommensgruppe) lässt sich ein Unterschied von nahezu 10 Prozentpunkten verzeichnen. Für Süddeutschland lässt sich damit kein eindeutiger Einfluss des Einkommens auf das Vorhandensein von chronischen Krankheiten feststellen.

... aber Zusammenhang von Einkommen und der Prävalenz von Schmerzen

Schaubild 3 zeigt das Auftreten von körperlichen Schmerzen in den letzten 4 Wochen vor der Befragung. Bei beiden Geschlechtern

nimmt die Prävalenz von Schmerzen mit dem Alter zu. Ähnlich wie in der Einschätzung der Gesundheit zeichnet sich ein markanter Unterschied zwischen den beiden Einkommensgruppen ab, wobei dieser bei Männern auf Bundesebene in der Altersgruppe der 30- bis 44-jährigen am stärksten hervortritt. Doppelt so viele 30- bis 44-jährige Frauen aus der unteren Einkommensgruppe geben im Vergleich zur oberen Einkommensgruppe an immer oder oft unter körperlichen Schmerzen zu leiden. Dies entspricht weitestgehend dem Verhältnis in der Altersgruppe der 45- bis 64-jährigen. Im Alter von 65 und mehr Jahren tritt sowohl bei Männern als auch bei Frauen der Einkommensunterschied in der Gesundheit erneut in abgeschwächter Form zutage.

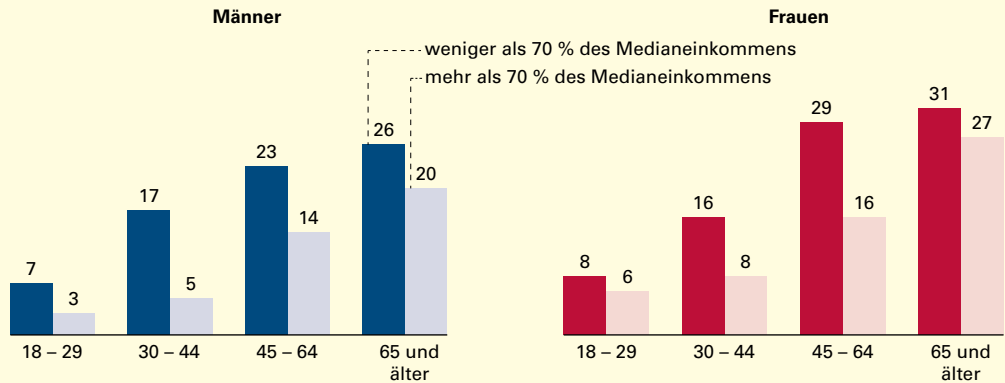
Im Gegensatz dazu ist in Süddeutschland der größte Unterschied bei Männern in der oberen Altersgruppe festzustellen. So geben 39 % der 65-jährigen und älteren Männer aus der unteren Einkommensgruppe an, unter körperlichen Schmerzen zu leiden, während es in der Referenzgruppe lediglich 16 % sind. Bei Frauen kann in dieser Altersgruppe nur noch ein Unterschied von 2 Prozentpunkten (27 % in der unteren gegenüber 25% in der oberen Einkommensgruppe) ausgemacht werden. Während sich also bei süddeutschen Männern die gesundheitliche Ungleichheit, bezogen auf den Bereich der körperlichen Schmerzen, im Alter verschärft, gleicht sich der einkommensbedingte Unterschied in der Gesundheit bei Frauen im höheren Alter aus. Bei süddeutschen Männern trifft der auf Bundesebene festgestellte Trend einer Angleichung in der oberen Altersgruppe demnach nicht zu.¹⁰

10 Die in diesem Kontext für Süddeutschland festgestellten geschlechtsspezifischen Unterschiede entsprechen der Studie von Huisman, welcher insbesondere für Frauen feststellt, dass gesundheitliche Ungleichheiten mit zunehmenden Alter schwächer werden: vgl. Huisman, Martin (2008): Gesundheitliche Ungleichheit im hohen Lebensalter, in: Bauer, Ullrich/Bittlingmayer, Uwe W./Richter, Matthias (Hrsg.): Health Inequalities : Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 259-381.

S3

Männer und Frauen in Deutschland mit starken körperlichen Schmerzen in den letzten 4 Wochen nach Einkommensposition und Altersgruppen

Anteile in %



Datenquelle: SOEP 2010 Bundesebene; eigene Berechnungen.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

335 13

Geringes Einkommen führt zu gesundheitsbedingten Einschränkungen bei Alltagstätigkeiten

Aus *Schaubild 4* lässt sich ersehen, welche Bedeutung dem Einkommen für gesundheitsbedingte inhaltliche Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten zukommt. Auch hier sind wieder deutliche Unterschiede in der Gesundheit je nach der Einkommenshöhe festzustellen, wobei diese ebenfalls wieder im mittleren Erwachsenenalter am stärksten ausgeprägt sind. In der Gruppe der 45- bis 64-Jährigen ergeben sich für Süddeutschland nahezu die gleichen einkommensspezifischen Anteile wie auf Bundesebene. Lediglich bei den 65-jährigen und

älteren Frauen geben mehr Frauen aus der einkommenshöheren Gruppe an, bei alltäglichen Tätigkeiten aufgrund ihrer Gesundheit immer oder oft eingeschränkt zu sein. Während aus der einkommensschwachen Gruppe 23 % angeben, eingeschränkt zu sein, sind es in der Referenzkategorie 29 %.

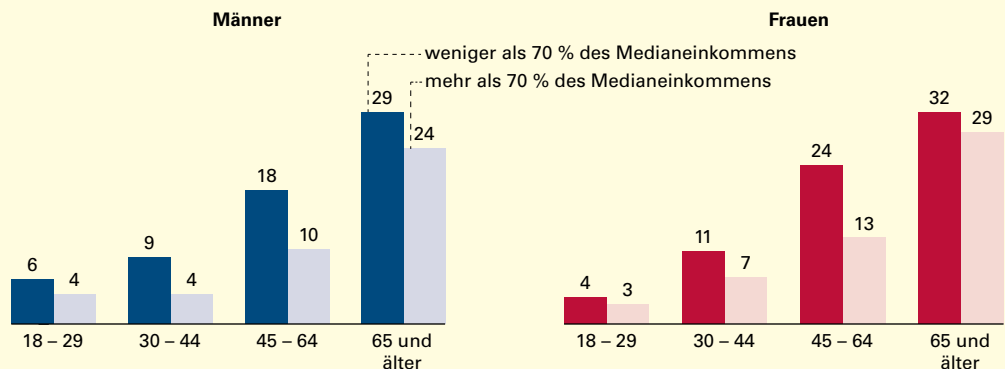
Auf Bundesebene ist in der einkommensschwachen Gruppe die Chance einer negativ bewerteten Gesundheit bis zu zwei Mal höher

In der *Übersicht* sind die Ergebnisse logistischer Regressionen als Odds Ratios¹¹ auf Bundesebene dargestellt. Die logistischen Regressio-

S4

Männer und Frauen in Deutschland, die durch körperliche Probleme in der Art ihrer Tätigkeiten eingeschränkt sind, nach Einkommensposition und Altersgruppen

Anteile in %



Datenquelle: SOEP 2010 Bundesebene; eigene Berechnungen.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

336 13

11 Die Odds Ratios geben einen Aufschluss darüber, wie hoch die Chancen für das Auftreten der Gesundheitsprobleme in der „prekären Wohlstands-Gruppe“ im Verhältnis zur nicht armutsgefährdeten Einkommensgruppe (Referenzkategorie) sind. Odds Ratio >1: positiver Effekt; Odds Ratio <1: negativer Effekt.

Ü

Einfluss des Einkommens auf die subjektive Gesundheit in Deutschland. Ergebnisse logistischer Regressionen: Odds ratios bei statistischer Kontrolle des Alterseffektes

Einkommen	Männer				Frauen			
	SEG	CK	KS	IE	SEG	CK	KS	IE
weniger als 70 % des Medianeinkommens	2,2***	1,4***	2,2***	2,1***	1,7***	1,3***	1,6***	1,6***
Referenzkategorie: mehr als 70 % des Medianeinkommens	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

SEG = Selbsteinschätzung der Gesundheit (weniger gut oder schlecht)
 CK = Chronische Krankheiten seit einem Jahr
 KS = Körperliche Schmerzen in den letzten 4 Wochen
 IE = Inhaltliche Einschränkung bei Tätigkeiten wegen körperlicher Probleme

Signifikanzniveau: ***p<0,001

Datenquelle: SOEP 2010 Bundesebene; eigene Berechnungen.

i

Die Analysemethode

Für die Analyse werden Daten der Privathaushalte des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) aus dem Jahr 2010 herangezogen. Das SOEP ist eine repräsentative Längsschnittbefragung für Deutschland. Der Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit¹ wird sowohl auf Bundesebene (rund 19 000 Fälle, ungewichtet) als auch für Süddeutschland (Baden-Württemberg und Bayern: rund 5 050 Fälle, ungewichtet) untersucht. Die Prozentanteile differenzierter Berechnungen werden aufgrund geringerer Fallzahlen fallweise lediglich auf Bundesebene ausgewiesen.² Um die Einkommensposition zu bestimmen, wird auf das monatliche Haushaltsnettoeinkommen zurückgegriffen. Beim sogenannten Einkommens-screener wird das monatliche Haushaltsnettoeinkommen am Ende des Haushaltsfragebogens als offene Angabe beim Haushaltsvorstand erfragt. Der Screener umfasst die Summe der monatlichen Einkommen aller Haushaltsmitglieder einschließlich

sozialer und privater Transfers³ nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben. Fehlende Werte werden imputiert.⁴ Ausgehend von diesem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen wird für die Analyse das Netto-Äquivalenzeinkommen anhand von individuellen Bedarfsgewichten berechnet. Dabei wird der Bezugsperson ein Gewicht von 1 zugeordnet, weiteren Haushaltsmitgliedern ein Gewicht von 0,5 und Kinder unter 15 Jahren ein Gewicht von 0,3. Das Netto-Äquivalenzeinkommen bildet den Ausgangspunkt für die Bestimmung der Armutsgefährdung.⁵ Zur Abgrenzung der Armutsgefährdung wird der Schwellenwert bei 70 % des Medians angesetzt.⁶ Zusätzlich zu Häufigkeitsauszählungen werden die Ergebnisse anhand logistischer Regressionen unter Kontrolle des Alters abgesichert. Die Analysen werden mit dem Programmpaket STATA 8 durchgeführt. Um repräsentative Aussagen über die Grundgesamtheit treffen zu können, werden die deskriptiven Ergebnisse anhand eines Gewichtungsfaktors an die Bevölkerungsstruktur zum Zeitpunkt der Erhebung 2010 angepasst.

1 Um die Gesundheitsrelevanz des Einkommens bzw. der Armutsgefährdung beurteilen zu können, werden Informationen im Bereich subjektive Gesundheit und gesundheitliches Wohlbefinden herangezogen (der subjektive gegenwärtige Gesundheitszustand, Leiden unter chronischen Krankheiten, Prävalenz körperlicher Schmerzen, Einschränkung bei Tätigkeiten aufgrund körperlicher Probleme).

2 Die Analyse der Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes (nicht differenziert nach Alter und Geschlecht) konnte auch gesondert für Baden-Württemberg durchgeführt werden.

3 Regelmäßige Zahlungen wie Renten, Wohngeld, Kindergeld, BaföG, Unterhaltszahlungen usw.

4 SOEP Group (2010): SOEPmonitor 1984–2010. Zeitreihen zur Entwicklung ausgewählter Indikatoren zu zentralen Lebensbereichen. Analyse-Ebene: Person, Berlin.

5 Um dem regional unterschiedlichen Preisniveau gerecht zu werden, wird die Armutsgefährdungsschwelle für Süddeutschland anhand des Regionalkonzeptes berechnet. Dies bedeutet, dass lediglich die Äquivalenzeinkommen der betrachteten örtlichen Einheit zur Ermittlung der Armutsgefährdungsschwelle herangezogen werden.

6 In der amtlichen Sozialberichterstattung werden 60 % des Medianeinkommens zur Abgrenzung der Armutsgefährdung zugrunde gelegt. Sozialpolitisch bedeutsam ist jedoch auch die Schwelle von 70 % des Medianeinkommens. Lebensverhältnisse unterhalb dieser Schwelle werden als „prekärer Wohlstand“ bezeichnet, der mit Einschränkungen in zentralen Lebensbereichen sowie einer Armutsgefährdung in sozialen Risikosituationen einhergeht. Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006): Armut und Lebensbedingungen: Ergebnisse aus „Leben in Europa“ für Deutschland 2005, Wiesbaden, S. 17–18. In vorliegendem Beitrag wurde überprüft inwieweit Einschränkungen auch für den Bereich Gesundheit nachzuweisen sind.

nen, kontrolliert auf das Alter, spiegeln die deskriptiven Befunde wider. Bei Männern sind die einkommensbedingten Unterschiede stärker ausgeprägt. So ist in der männlichen armutsgefährdeten Gruppe die Chance einer negativ eingeschätzten Gesundheit in den untersuchten Bereichen mit Ausnahme des Vorhandenseins chronischer Krankheiten bis zu zwei Mal höher als bei einkommensmäßig Bessergestellten. Für das Auftreten chronischer Krankheiten lässt sich nur ein um 1,4 (Männer) bzw. 1,3 (Frauen) erhöhtes Risiko für die einkommensschwache Gruppe ausmachen. Die Regressionsrechnungen wurden auch gesondert für Süddeutschland durchgeführt. In der Tendenz zeigen sich für Süddeutschland abgeschwächte Effekte mit Ausnahme des Einkommenseinflusses auf die Prävalenz von körperlichen Schmerzen in der männlichen Bevölkerung. Süddeutsche Männer aus der einkommensschwachen Gruppe haben ein bis zu drei Mal höheres Risiko, an körperlichen Schmerzen zu leiden, als Männer aus der Referenzkategorie. Für das Vorhandensein chronischer Krankheiten können weder für süddeutsche Frauen noch für süddeutsche Männer signifikante Effekte ausgemacht werden.

Die deskriptiven Analysen zeigen auf Bundesebene die größten einkommensbezogenen Gesundheitsunterschiede im mittleren Erwachsenenalter. Dies könnte ein Hinweis auf die Bedeutung des arbeitsweltlichen Kontexts sein. Um zu überprüfen, inwiefern die einkommensbezogenen Gesundheitsunterschiede auf die Arbeitswelt zurückzuführen sind, wurden weitere Regressionsanalysen unter stufenweiser Hinzunahme arbeitsweltbezogener Merkmale, wie der „beruflichen Qualifikation“¹² und „Arbeitslosigkeit“, durchgeführt.

Einkommensbezogene Unterschiede im Gesundheitsstatus gehen nur zum Teil auf Effekte der Arbeitswelt zurück

Auch wenn sich der Einfluss des Einkommens bei Hinzunahme arbeitsweltbezogener Variablen reduziert, bleibt ein signifikanter Einkommenseffekt auf die verschiedenen Gesundheitsvariablen erhalten. Womöglich spielen oben beschriebene Wirkungskanäle, wie beispiels-

weise hygienische Aspekte der Wohnbedingungen oder eine seltenere Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems, eine bedeutendere Rolle bei der Erklärung des Zusammenhanges von Einkommen und Gesundheit.¹³ Eine weitere Erklärung könnte auch sein, dass mit subjektiven Einschätzungen auch immer soziale Vergleichsprozesse wie zum Beispiel der Vergleich der eigenen Lebenssituation mit anderen Bevölkerungsgruppen abgebildet werden. So kann eine wahrgenommene Diskrepanz zwischen dem eigenen und dem allgemeinen Lebensstandard zu Unzufriedenheit mit der eigenen Situation und damit auch zu einer tendenziell negativeren Einschätzung des eigenen Wohlbefindens und der Gesundheit führen.¹⁴

Die Möglichkeiten, über die ein hohes Einkommen die individuelle Gesundheit positiv beeinflussen kann, sind vielfältig. Allerdings kann auch ein umgekehrter Kausalzusammenhang bestehen, nämlich dann, wenn nicht Armut krank macht, sondern Krankheit zu Armut führt. Je besser die Gesundheit ist, desto höher ist auch die Produktivität und damit das zukünftige Erwerbseinkommen.¹⁵ Gesunde haben demnach größere Chancen zum sozialen Aufstieg, bei Kranken steigt das Risiko des sozialen Abstiegs. Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass der umgekehrte Einfluss, wonach die Einkommensposition einen Einfluss auf die Gesundheit hat, stärker zum Ausdruck kommt.¹⁶

Vor dem Hintergrund, dass soziale Ungleichheiten, wie hier am Beispiel des Einkommens gezeigt wurde, zu schlechter bewerteten Gesundheitszuständen führen, liegt es nahe, Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote so zu gestalten, dass diese auch Zielgruppen zugänglich werden, die bisher kaum erreicht wurden. ■

Weitere Auskünfte erteilt
Verena Lichtenberger, Telefon 0711/641-24 60,
Verena.Lichtenberger@stala.bwl.de

12 Oftmals wird die Bildung auch mit gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen in Zusammenhang gebracht.

13 Lampert, Thomas/ Kroll, Lars Eric (2005): Einfluss der Einkommensposition auf die Gesundheit und Lebenserwartung. Discussion Papers, DIW Berlin; dort finden sich auch Hinweise auf den Zusammenhang von Einkommen und der Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems.

14 Wilkinson, R.G. (2001): Kranke Gesellschaften: Soziales Gleichgewicht und Gesundheit, Berlin/Wien, Springer.

15 Albers, Brit S. (2003): Arbeitsangebot und Gesundheit: Eine theoretische Analyse, Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere Nr. 10-03, Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Universität Bayreuth, Bayreuth.

16 Wilkinson, R.G. (2001): Kranke Gesellschaften: Soziales Gleichgewicht und Gesundheit, Berlin/Wien, Springer.